

ZDRAVNI ŠKO MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU
za uveljavljanje pravice do socialno varstvenih storitev

IME IN PRIIMEK :	
Stalno bivališ e:	

DIAGNOZE:

DOSEDANJA TERAPIJA:

GIBANJE:	<input type="checkbox"/> normalno	<input type="checkbox"/> delno oteženo	<input type="checkbox"/> nepomi en(a)
SLUH:	<input type="checkbox"/> sliši	<input type="checkbox"/> naglušen(a)	<input type="checkbox"/> gluh(a)
VID:	<input type="checkbox"/> vidi	<input type="checkbox"/> slaboviden(a)	<input type="checkbox"/> slep(a)
GOVORNA KOMUNIKACIJA:	<input type="checkbox"/> mogo a	<input type="checkbox"/> ni mogo a	
MEDICINSKO TEHNI NI PRIPOMO KI:		<input type="checkbox"/> ne uporablja	<input type="checkbox"/> uporablja

Vrsta pripomo ka, tudi zdravljenje s kisikom:

ODVAJANJE:	<input type="checkbox"/> kontinenca	<input type="checkbox"/> inkontinenca za urin	<input type="checkbox"/> inkontinenca za blato
------------	-------------------------------------	-----------------------------------------------	------------------------------------------------

Urinski kateter: Da Ne

Vrsta: _____

Stoma: Da Ne

Vrsta: _____

STANJE KOŽE: (rane, preležanine, alergije, glivi na obolenja,....)

PREHRANJEVANJE: per os hranjenje po NGS hranjenje po gastrostomi

DIETNA PREHRANA: ni potrebna je potrebna
Katera:

PSIHI NO STANJE: psihi no urejen(a) zmeden(a), neorientiran(a) begav(a)

MRSA- izvid:
Ob premestitvi iz bolnišnice: ne da
e biva doma: ne da

Potrebno je priložiti izvid MRSA – dvoj ek (koža, nos), e je prisotna rana še izvid MRSA – rane!

ALI IMA PACIENT/KA UVELJAVLJEN DODATEK ZA POMO IN POSTREŽBO?

NE DA V POSTOPKU – VLOGA NA ZPIZ
 dodatek I
 dodatek II
 dodatek III

DRUGE POSEBNOSTI ZDRAVSTVENEGA STANJA:

Podpis odgovorne medicinske sestre:

Podpis zdravnika:

Kraj in datum:

Žig

Soglašam s posredovanje gornjih podatkov za potrebe uveljavljanja zdravstvenih in socialno varstvenih storitev